**DICHIARAZIONE DATI PER REVOCA**

**SOSPENSIONEDALL’ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**ai sensi dell’art. 8 DL 24/2022**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………,………......................

 n. iscrizione …………………… albo ………………………………………………………

residente in…….. …………………(……),via/piazza………………………………………. …………………………………………………………… c.a.p. ……………………………

**visto**

che ai sensi dell’art. 8 DL 24/2022 *“In caso di intervenuta guarigione l’Ordine professionale territorialmente competente, su istanza dell’interessato, dispone la cessazione temporanea della sospensione, sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute. La sospensione riprende efficacia automaticamente qualora l’interessato ometta di inviare all’Ordine professionale il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del predetto termine di differimento.”*;

**chiede**

a Codesto Ordine di **mantenere** la cessazione temporanea attualmente in essere della sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie di cui all’art. 4, comma 4, DL 44/2021, convertito, con modificazioni, dalla l. 76/2021 e ss.mm.ii., e a tal fine

**dichiara**

1. *(scegliere una delle alternative, compilare e allegare documentazione comprovante quanto dichiarato\*)*
* di non aver effettuato alcuna delle dosi della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2;
* che in data …/…/…… ha effettuato la dose unica della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2;
* che in data …/…/…… ha effettuato la prima dose della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2, senza poi effettuare la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;
* che in data …/…/…… ha effettuato la prima dose della vaccinazione obbligatoria anti-SARS-CoV-2, e in data …/…/…… ha effettuato la dose di completamento del ciclo vaccinale primario;
1. *(****compilare e allegare documentazione comprovante quanto dichiarato****\*)*

che in data …/…/…… ha contratto l’infezione da SARS-CoV-2 ed in data …/…/…… ne è guarito;

1. di aver compreso che la cessazione temporanea della sospensione incide sugli effetti della sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie ma non osta all’accertamento dell’inadempimento dell’obbligo vaccinale;
2. di aver compreso che, qualora la presente istanza dovesse essere accolta, la sospensione dall’esercizio delle professioni sanitarie riprenderà efficacia automaticamente qualora il sottoscritto non provveda a trasmettere all’Ordine il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute;

Luogo/data …………………, ……/……/…

 Sottoscrizione ………………………………………